Lane Medical Library

Aus der 1. inneren Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses
zu Berlin. (Dir.: Geh.-Rat. Prof. Dr. L. Kuttner)

Zur Frage des Suicides

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

vorgelegt von

Eugen Ludwig Loewe

aus Berlin

2. Februar 1928

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: **Prof. Dr. Grotjahn.**

Referent: **Prof. Dr. Fritz Strassmann.**

Zur Frage des Suicides.

Die Häufung der Suicide, besonders am Ende des vorigen Jahres hat die Aufmerksamkeit erneut auf das Problem des Selbstmordes gelenkt, dessen Klärung schon oft und von den verschiedensten Seiten versucht wurde.

Zuerst waren es in hervorragendem Maße die Psychiater, die sich mit der Psychologie des Selbstmordes beschäftigten. Sie kamen an Hand ihres Materials zu dem Schluß, daß diejenigen, die einen Suicid verübten, in etwa 30 % der Fälle Geisteskranke wären.

Eine von dem eben genannten Wege der klinischen Untersuchung abweichende Art der Betrachtung führte wohl erstmalig Arnold Heller in Kiel ein, der an Hand eines Sektionsmaterials von 300 Selbstmörderleichen die kausale Genese des Selbstmordes zu ermitteln versuchte. Er kam dabei zu nachstehenden Schlußfolgerungen:

„1. Die wissenschaftliche Prüfung von 300 Fällen von Selbstmördern hat ergeben, daß nahezu die Hälfte aller Fälle von Selbsttötung nicht den Selbstmördern zuzuzählen sind, da sie in unfreiem Geisteszustande gehandelt haben.

2. Der Nachweis der sogenannten Ursachen der Selbstmorde ist wertlos, weil diese Ursachen nur der letzte zufällige Anlaß zur Selbsttötung sind.

3. Die eigentliche Ursache ist die abnorme Reaktion auf verhältnismäßig geringe Einwirkungen. Diese ist durch vorübergehende oder dauernde, physiologische oder pathologische Zustände bedingt.

4. Der Nachweis derselben ist nur durch die Sektion zu führen, welche nicht eine gerichtliche, sondern eine pathologische sein muß.

5. Es sind deshalb Verwaltungssektionen einzuführen, wie sie aus anderen wichtigen Gründen nötig sind.“

Nach der Veröffentlichung der eben genannten Arbeit sind dann weitere Arbeiten der gleichen Forschungsrichtung erschienen, zu denen auch die Arbeit von Hermann Pfeiffer in Graz gehört.

Pfeiffer hat an einem Material von 595 Fällen, von denen 443 männliche, 152 weibliche Selbstmörder betrafen, nachweisen können, daß drei Viertel der von ihm sezierten Selbstmörder schwerkranke Menschen waren, „deren geistige sowie insbesondere körperliche Integrität durch die Erkrankung gelitten haben mußte. Auch eine Reihe der übrigen Fälle wies nicht unwesentliche Erkrankungen auf, und nur ein kleiner Prozentsatz ließ gar keine pathologisch-anatomischen Veränderungen erkennen“.

Sicherlich brachte diese Art der Betrachtung neue und wesentliche Gesichtspunkte für die Genese des Suicides. Aber dennoch erscheint es notwendig, die Beantwortung der Frage nach den Ursachen des Selbstmordes auch von einem anderen Standpunkt aus zu versuchen. Jedenfalls sind den Selbstmördern auch die Menschen zuzurechnen, die eine Selbsttötung versucht haben, aber durch ärztliche Kunst dem Leben zurückgegeben worden sind. In ihrer psychologischen Wertung sind diese Suicidversuche den Selbstmorden in den meisten Fällen durchaus gleichzustellen.

Von dem Direktor der 1. inneren Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin, Geheimrat L. Kuttner, erhielt ich den Auftrag, die in den letzten drei Jahren in das Rudolf-Virchow-Krankenhaus eingelieferten Selbstmordfälle zu sichten.

Zu besonderem Dank bin ich den dirigierenden Aerzten der 2. inneren Abteilung, Geheimrat Brandenburg, und der beiden chirurgischen Abteilungen, Prof. Mühsam und Prof. Unger, für die freundliche Ueberlassung des aus ihren Abteilungen stammenden Materials verpflichtet, das hier mit berücksichtigt wurde.

In den Jahren 1924 bis 1926 wurden auf den inneren und chirurgischen Abteilungen des Rudolf-Virchow-Krankenhauses insgesamt 5 6 8 Selbstmörder eingeliefert. Sie verteilten sich auf die einzelnen Jahre und die beiden Geschlechter wie folgt:

Tabelle 1.

Zahl der in das R.V.K. eingelieferten Selbstmörder:

	männlich	weiblich	gesamt
1924	66 = 0,62 %	98 = 0,72 %	164
1925	82 = 0,68 %	97 = 0,69 %	179
1926	121 = 0,89 %	104 = 0,69 %	225
Summa:	269	299	568

Aus dieser Tabelle geht hervor, daß die Zahl der in das Rudolf-Virchow-Krankenhaus (R.V.K.) eingelieferten Selbstmörder in absoluten Zahlen stetig gewachsen ist, relativ zur Zahl der überhaupt aufgenommenen Kranken sich zum Teil anders verhielt. So wuchs zwar die Zahl der männlichen Selbstmörder im Verhältnis zur Gesamtaufnahmezahl stetig, während die Zahl der Frauen 1925 etwas geringer wird, um sich auch 1926 auf der gleichen Zahl zu halten. Die Zunahme der männlichen Selbstmörder überwiegt die der weiblichen im Jahre 1926 um etwa 75 %.

Das Anwachsen der Zahlen macht die nächste Tabelle deutlich. Dabei sind die Zahlen des Jahres 1924 gleich 100 gesetzt.

Tabelle 2.

Die Zahl der eingelieferten Selbstmörder betrug

	männlich	weiblich
1925	109,7 %	95,8 %
1926	143,6 %	95,8 %

bezogen auf das Jahr 1924.

Die Zahl der in das Rudolf-Virchow-Krankenhaus eingelieferten weiblichen Selbstmörder ist also fast konstant geblieben, während die Zahl der eingelieferten Männer um fast 50 % zugenommen hat.

Dem gegenüber steht die Berliner Selbstmordstatistik, die eine reine Mortalitätsstatistik ist. Zufolge dieser Berliner Statistik betrugen die Selbstmorde in Berlin:

Tabelle 3.

Selbstmorde in Berlin:

	männlich	weiblich	gesamt
1924	996	531	1527
1925	1032	555	1587
1926	1141	638	1779

Zum Vergleich dieser Zahlen mit den im R.V.K. gewonnenen Zahlen gebe ich auch diese in Prozenten wieder:

Die Zahl der Selbstmörder in Berlin betrug:

Tabelle 4.

	männlich	weiblich
1925	103,4 %	104,5 %
1926	114,6 %	120,2 %

bezogen auf das Jahr 1924.

Hier überwiegt also die Steigerung beim weiblichen Geschlecht, während die Zahl der männlichen Selbstmörder eine geringere Zunahme aufweist.

Zeigt auch die Vergleichung der Zahlen ein anderes Verhalten der Mortalitätsstatistik in bezug auf die Zunahme der Suicide bei den beiden Geschlechtern, so fällt vor allem noch die große Verschiedenheit der absoluten Zahlen für beide Geschlechter innerhalb des gleichen Jahres auf. Die Zahl der in das R.V.K. eingelieferten Männer und Frauen variiert um etwa 30 %, die Zahl der Selbstmörder in Berlin um etwa 50 %. Dabei ist die Zahl der Frauen in der Berliner Statistik konstant geringer als die der Männer, ein Verhalten, das die im Rudolf-Virchow-Krankenhaus gewonnenen Zahlen nur im Jahre 1926 zeigen.

Zur Erklärung kann vielleicht die folgende Tabelle dienen, die die Mortalität der in der R.V.K. eingelieferten Selbstmörder zeigt.

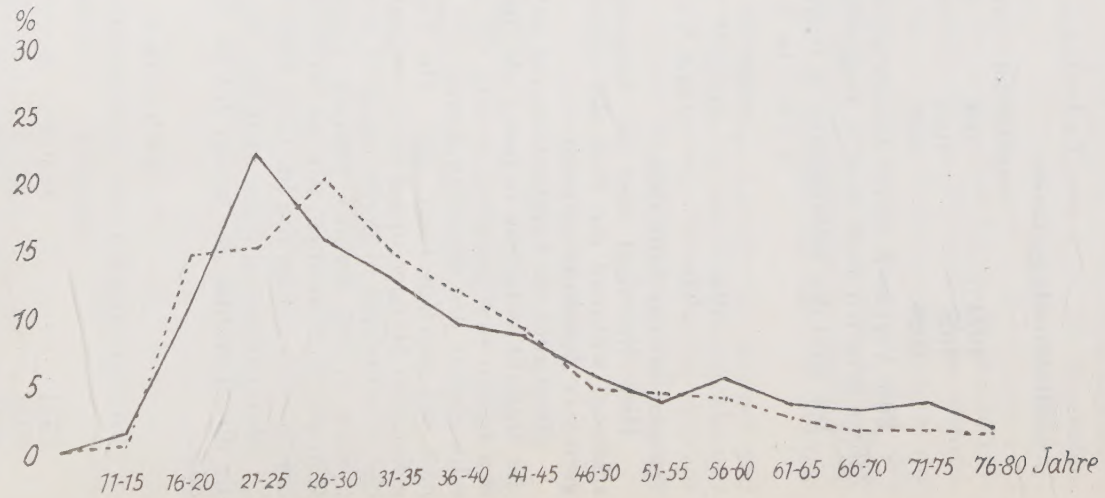
Tabelle 5.

Von den eingelieferten Selbstmördern starben im Jahre

	männlich	weiblich	gesamt
1924	7 = 10,9 %	5 = 5,1 %	12 = 7,3 %
1925	9 = 10,7 %	9 = 9,3 %	18 = 10,0 %
1926	6 = 5,4 %	3 = 2,9 %	9 = 4,2 %
Summa:	22 = 8,5 %	17 = 5,7 %	39 = 7,0 %

(Die in der obigen Tabelle angegebenen Prozentzahlen beziehen sich, wie auch in den folgenden Tabellen, jeweils auf die Zahl der eingelieferten Selbstmörder in dem gleichen Zeitraum.)

Selbstmordhäufigkeit in den verschiedenen Altersklassen
(in Prozenten)



Es ergibt sich also aus der Tabelle 5, daß prozentual mehr Frauen den Suicidversuch überleben und mehr Männer dem Suicidversuch erliegen. Soweit sich aus diesem im ganzen wohl recht anschaulichen, immerhin aber beschränkten Material Schlüsse ziehen lassen, dürfte wohl als Grund für die weit höhere Mortalität der Männer gegenüber der der Frauen anzusehen sein, daß die Männer im allgemeinen die Suicidversuche mit größerer Energie und Zielbewußtheit ausführen als die Frauen. Auch Leoncini führt die höhere Selbstmordsterblichkeit des Mannes auf die planmäßigere und kaltblütigere Ausführung des Selbstmordes zurück.

Weiterhin zeigen die Berliner Selbstmordstatistik und die im R.V.K. erhobene Statistik ein verschiedenes Anwachsen, bezogen auf das Jahr 1924. Die Begründung hierfür ist wohl darin gegeben, daß es sich bei unserem Material um ein Teilresultat handelt, das aus vielerlei Gründen (Bettenmangel u. a. m.) großen Schwankungen ausgesetzt ist.

Als Nächstes wird uns das Alter der in das R.V.K. eingelieferten Selbstmörder zu beschäftigen haben.

Tabelle 6.

Anzahl der eingelieferten Selbstmörder 1924 bis 1926:

männlich	weiblich	gesamt
269 = 47,7 %	299 = 52,3 %	568 = 100 %

Davon waren im Alter von

	männlich	weiblich	gesamt
11—15 Jahren	4 = 1,5 %	2 = 0,7 %	6 = 1,1 %
16—20 „	30 = 11,2 %	44 = 14,7 %	74 = 13,0 %
21—25 „	59 = 21,9 %	45 = 15,1 %	104 = 18,3 %
26—30 „	42 = 15,6 %	61 = 20,3 %	103 = 18,1 %
31—35 „	34 = 12,6 %	44 = 14,7 %	78 = 13,7 %
36—40 „	24 = 8,9 %	35 = 11,7 %	59 = 10,4 %
41—45 „	22 = 8,2 %	26 = 8,7 %	48 = 8,5 %
46—50 „	14 = 5,2 %	12 = 4,0 %	26 = 4,6 %
51—55 „	9 = 3,3 %	11 = 3,7 %	20 = 3,5 %
56—60 „	12 = 4,5 %	9 = 3,0 %	21 = 3,7 %
61—65 „	7 = 2,6 %	5 = 1,7 %	12 = 2,1 %
66—70 „	5 = 1,9 %	2 = 0,7 %	7 = 1,2 %
71—75 „	6 = 2,2 %	2 = 0,7 %	8 = 1,4 %
76—80 „	1 = 0,4 %	—	1 = 0,2 %
Unbekannten Alters ..	—	1 = 0,3 %	1 = 0,2 %

Besser noch als die Tabelle 6 veranschaulicht die Kurve die Altersverhältnisse. Es ist daraus ersichtlich, daß bei unserem Material der Anstieg bei den Frauen steiler ist als bei den Männern, die ihre größte Anzahl im Alter von 20 bis 25 Jahren erreichten, während die größte Anzahl der Frauen zwischen dem 26. und 30. Lebensjahr den Selbstmord(versuch) beging. Auch ist der Abfall der Kurve bei den Männern sanfter als bei den Frauen, so daß im Alter von mehr als 56 Jahren mehr Männer Selbstmord verübten, als Frauen.

Ebenso, wie sich Verschiedenheiten der beiden Geschlechter hinsichtlich des Lebensalters, in dem am häufigsten Selbstmord verübt wird, zeigen, gibt es auch Mittel, die von einem der beiden Geschlechter bevorzugt werden. Bevor ich im einzelnen auf die Mittel eingehe, mit denen die Suicidversuche gemacht wurden, muß ich noch darauf hinweisen, daß in einer ganzen Reihe von Fällen zwei und mehr Mittel zum Zwecke des Suicids Anwendung fanden. Eine Uebersicht über die Selbstmordversuche mit mehreren Mitteln, bezw. die wiederholten Selbstmordversuche in 24 Stunden gibt die folgende

Tabelle 7.

Suicidversuche mit mehreren Mitteln (bezw. mehrfache Versuche)	männlich	weiblich	gesamt
im Jahre 1924	4 = 6,2 %	12 = 12,2 %	16 = 9,8 %
1925	7 = 8,5 %	7 = 7,2 %	14 = 7,8 %
1926	13 = 11,7 %	12 = 11,5 %	25 = 11,6 %
Summa:	24 = 9,3 %	31 = 10,4 %	55 = 9,9 %

Von diesen Selbstmordversuchen mit mehr als einem Mittel (bezw. mehrfachen Versuchen innerhalb von 24 Stunden) waren:

Tabelle 8.

	männlich	weiblich	gesamt
Suicidversuche mit 2 Mitteln	23	26	49
„ 3 „	1	4	5
„ 4 „	—	1	1

Da sämtliche Mittel in der Gesamtaufstellung der Mittel Platz finden mußten, erscheinen dort also 62 Mittel mehr, als die Zahl der Fälle beträgt.

Aus den Tabellen 7 und 8 ergibt sich, daß die Neigung, mehrere Mittel zu benutzen, anscheinend im Laufe der drei Beobachtungsjahre gewachsen ist. Allerdings ist aus dem unseren Tabellen zugrundeliegenden Teilmaterial, das ja nur einen relativ kleinen Teil der Selbstmordfälle umfaßt, kein sicherer, verallgemeinernder Rückschluß auf die Selbstmorde überhaupt zu ziehen. Auch die übrigen Tabellen lassen eine solche Verallgemeinerung nicht zu. Die stärkere Beteiligung der Frauen an diesen Versuchen mit mehreren Mitteln dürfte ihren Grund darin haben, daß die Frauen andere Mittel benutzten als die Männer, wie eine spätere Tabelle zeigen wird, und daher mehrere Mittel hinter- oder miteinander versuchten.

In einer relativ großen Anzahl gingen dem Suicidversuch, der zur Aufnahme in das R.V.K. führte, frühere Suicidversuche voraus.

Tabelle 9.

Es hatten schon vor ihrer Aufnahme im R.V.K. einen oder mehrere Suicidversuche gemacht:

	männlich	weiblich	gesamt
im Jahre 1924	6 = 9,1 %	13 = 13,3 %	19 = 11,9 %
1925	13 = 15,9 %	11 = 11,3 %	24 = 13,4 %
1926	16 = 14,5 %	17 = 16,3 %	33 = 15,4 %
Summa:	35 = 13,5 %	41 = 13,7 %	76 = 13,6 %

Diese Tabelle zeigt, daß Männer und Frauen gleich häufig im Recidiv Suicid begehen.

Zur Uebersicht über die Arten der zum Zwecke des Suicids verwendeten Mittel diene die folgende Tabelle.

Tabelle 10.

Es wurden benutzt:

		männlich	weiblich	gesamt	
I. Chemische Mittel					
a) Leuchtgas	in	30 %	34 %	32 %	der Fälle
b) andere	„	27 %	41 %	34 %	„ „
II. Mechanische Mittel	„	39 %	21 %	30 %	„ „
III. Unbekannte Mittel	„	3 %	4 %	4 %	„ „

Unter die Kategorie der „Mechanischen Mittel“ fallen die Suicide durch Aufschneiden der Pulsadern, Erhängen, Erschießen, Ertrinken, Sprung in die Tiefe u. a. m.

Die vorgenannten Zahlen bringen deutlich zum Ausdruck, daß die Art der verwendeten Mittel bei beiden Geschlechtern hinsichtlich der Häufigkeit verschieden ist. Obwohl beide Geschlechter in über 50 % der Fälle Gifte, seien es nun chemische oder pharmakologische, benutzten, so ist doch der Unterschied gegenüber der Anwendung der mechanischen Mittel zwischen beiden Geschlechtern sehr erheblich. Die Anzahl der Männer, die zu mechanischen Mitteln greift, ist fast doppelt so groß, wie die der Frauen.

Aber die Differenzen sind nicht nur zwischen den beiden Geschlechtern vorhanden, sondern sie finden sich auch innerhalb der verschiedenen Altersstufen desselben Geschlechtes.

Tabelle 11.

	15.—30. Jahr	31.—45. Jahr	über 45 Jahre
Suicidversuche mit		männlich	
I. Chemischen Mitteln			
a) Leuchtgas	42 = 30,9 %	25 = 31,7 %	19 = 35,2 %
b) anderen	45 = 33,1 %	21 = 26,5 %	11 = 20,4 %
II. Mechanischen Mitteln			
a) Schußverletzungen	14 = 10,3 %	6 = 7,6 %	4 = 7,4 %
b) anderen	35 = 25,5 %	27 = 34,2 %	20 = 37,0 %
		weiblich	
I. Chemischen Mitteln			
a) Leuchtgas	54 = 35,5 %	40 = 37,7 %	19 = 47,5 %
b) anderen	71 = 46,7 %	43 = 40,6 %	10 = 25,0 %
II. Mechanischen Mitteln			
a) Schußverletzungen	2 = 1,3 %	1 = 0,9 %	———
b) anderen	25 = 16,5 %	22 = 20,8 %	11 = 27,5 %

(Die in der vorstehenden Tabelle genannten Prozentzahlen beziehen sich auf die Anzahl der Patienten in den betreffenden Lebensaltern.)

Die vorstehende Tabelle zeigt, daß die Bewegung innerhalb der Gruppen der verschiedenen Mittel sich sowohl beim männlichen, wie auch beim weiblichen Geschlecht, analog vollzieht. Und zwar steigt der Höhe des Alters direkt proportional die Kurve des Leuchtgases und die der mechanischen Mittel, wie Pulsschnitt, Erhängen, Ertrinken, umgekehrt proportional die der chemischen Mittel mit Ausnahme des Leuchtgases, und die der Schußverletzungen.

Nach der Betrachtung dieser Mittelgruppen kommen wir nun zu der Besprechung der im einzelnen angewendeten Mittel.

Vorauszuschicken bleibt die auffällige Tatsache, daß es eine relativ kleine Anzahl von Mitteln gibt, die sehr häufig angewendet werden. Eine große Zahl von Mitteln wird aber nur sehr selten angewendet, ein erheblicher Teil überhaupt nur in der Einzahl.

Es wird nicht verwundern, daß wir das Leuchtgas in jedem Jahr mit fast 30 % vertreten finden, denn es liegt bei seiner Ubiquität und der schmerzlosen Art der Tötung sehr nahe, sich dieses Mittels zu bedienen.

Auffallend erscheint, daß in einer ziemlich großen Zahl von Fällen der Selbstmord durch Aufschneiden der Pulsadern erfolgt. Man darf wohl annehmen, daß diese Art von Selbstmord deshalb so häufig gewählt wird, weil die Mittel zu seiner Ausführung, ebenso wie beim Suicid mit Gas, leicht zu beschaffen sind; jeder spitze Gegenstand genügt, um die Ader zu verletzen. So wurde in unseren Fällen sehr häufig nicht ein Messer, sondern eine Glasscherbe u. a. m. zu dem Suicidversuch benutzt. Die Zahl der Suicide durch Pulsschnitt war etwa 10 %.

Als nächsthäufig angewendetes Mittel folgt das Veronal, das im Gegensatz zu dem vorigen Mittel vorzugsweise von dem weiblichen Geschlecht benutzt wurde. Auf eine Veronalvergiftung beim männlichen Geschlecht kamen zwei beim weiblichen. Es wurde in etwa 7 % der Fälle angewendet.

Mit etwa 5 % stehen die Versuche, sich durch Ertrinken das Leben zu nehmen, an vierter Stelle. Ist schon die Tatsache als solche merkwürdig, weil in den anderen statistischen Arbeiten diese Art des Selbstmordes geringer ist, so erscheint es noch beachtlicher, daß mehr Männer als Frauen sich auf diese Weise das Leben nehmen wollten, bzw. genommen haben. Aus den Angaben der Patienten ergab sich, daß es sich in der Mehrzahl der Fälle um Suicidversuche im Affekt handelte.

In der gleichen Häufigkeit finden wir das Luminal als eines von den ganz wenigen Giften, die häufiger bei Männern als bei Frauen Verwendung fanden. Ein erheblicher Teil der Männer, die es anwendeten, litt an Epilepsie und war daher im Besitz des Mittels.

In 4% der Fälle finden sich die Suicidversuche mit Lysol, das als Desinfektionsmittel viel angewendet wird und relativ leicht beschaffbar ist.

Ebenso häufig wurde der Sprung in die Tiefe aus dem Fenster zum Zwecke des Suicides ausgeführt.

Dann folgen Mittel, die in weit geringerer Häufigkeit angewendet wurden. So machten die Suicidversuche durch Kopfschuß nur mehr fast 3 % aus, die durch Morphium nicht mehr ganz 2,5 %. Bei diesem letzten Mittel dürfte die schwere Beschaffbarkeit ein Grund für die relativ seltene Anwendung sein. In etwa 1,5 % der Fälle wurde Salzsäure benutzt, in fast der gleichen Häufigkeit der Versuch gemacht, sich durch einen Brustschuß zu töten. Sublimat, Adalin und Schnitt in die Gegend der Carotiden wurde als Mittel zum Suicid in etwas mehr als 1 % der Fälle versucht, in etwa 1 % Aspirin, Brststich und Sich-Ueberfahrenlassen (durch Automobil oder Straßenbahn). In etwa 0,8 % wurden Curral und Medinal, in 0,6 % Bromural, Pantopon und Veramon, in 0,5 % Kleesalz, Lysoform, Opium und Bleizucker, in 0,3 % Salmiak, Neravan, Gelonida antineuralgica, Atropin, Eukodal, Natronlauge und Rattengift, und alle folgenden Mittel in 0,15 % der Fälle (= je einem Fall) benutzt wie: Essigsäure, Spiritus, Scheidewasser, Cocain, Migränepulver, Schweinfurter Grün, Terpentin, ein nicht näher bekanntes arsenhaltiges Gift, Strychnin, unterschwefelsaures Bleioxyd, Chloroformspiritus, Kali chloricum, Kali permanganat, Cyankali, Bromtropfen, Mercuricyanid, Chromsäure, Phanodorm, Chloralhydrat, Codein, Digitalysat, sowie drei besonders auffällige Fälle, deren erster darin bestand, daß ein Patient versuchte, dadurch, daß er eine Schere in die Galea aponeurotica hineinbohrte, sein Leben zu beenden, deren zweiter darin bestand, daß ein Patient eine etwa 5 cm lange Nagelfeile verschluckte, in der Hoffnung, daß sie die Därme aufschlitzen würde, und deren dritter im Trinken eines kalten Aufgusses auf Zündhölzer bestand. In etwa 3,5 % der Fälle sind wir nicht zur Kenntnis der angewendeten Mittel gelangt.

Aber nicht nur aus der Summe der in den drei Jahren mit jedem Mittel gemachten Selbstmordversuche, wie ich sie eben angab, haben wir interessante Resultate zu erwarten, sondern auch aus dem Vergleich der Häufigkeit der verschiedenen Mittel in jedem einzelnen Jahr.

Hierbei ergibt sich, daß, obwohl die Gasvergiftungen in allen Jahren an der Spitze stehen, sie von 1924 bis 1926 relativ an Zahl abgenommen haben, während die Luminalvergiftungen erheblich zugenommen haben (von 3,3 % 1924 auf 6,6 % 1926) ebenso, wenn auch in geringerem Maße, die Suicidversuche mit Veronal (von 5,4 % auf 7,8 %). Eine Verringerung zeigt dagegen die Zahl der Selbstmorde durch Sprung aus dem Fenster, die von 5,4 % auf 2,4 % abgesunken sind; Suicidversuche durch Erhängen scheinen sich wiederum zu mehren (von 2,7 % 1924 bis auf 4,2 % 1926).

Trotzdem sich also innerhalb der verschiedenen Jahre eine Bewegung der verschiedenen Mittel feststellen läßt, glaube ich

doch, daß man aus der Bewegung in den zur Unterlage dienenden drei Jahren noch keine Rückschlüsse auf die Veränderung in der Wahl der Mittel ziehen kann. Denn in einer Beobachtungszeit von drei Jahren läßt sich zwar eine Veränderung überhaupt zeigen, nicht aber beobachten, ob es sich um stetige Bewegungen handelt, die ja auch nur einen Teil der Gesamtselbstmordfälle betreffen könnten.

Welche Mittel ließen nun die Suicidabsicht der Patienten zur Tat werden?

Wie aus der folgenden Tabelle ersichtlich, ist die Mortalität nach Suicidversuch durch Schuß eine sehr hohe, beträgt doch die Zahl der Patienten, die einen Suicidversuch durch Schuß machten, nur 27, die Zahl der Gestorbenen 10. Die Mortalität ist also etwas höher als 30 %. Besonders hoch ist die Sterblichkeit nach Vergiftungen mit Sublimat, bei denen von acht Patienten drei, also fast 40 %, der Einwirkung des Giftes zum Opfer fielen. Dagegen ist die Zahl der einer Gasvergiftung Erlegenen etwa 5 %. Bei den übrigen, häufiger angewendeten Mitteln ist die Mortalität ungefähr gleich gering, wie z. B. beim Veronal, Lysol und dem Schnitt in die Pulsgegend.

Tabelle 12.

Es starben an den Folgen eines Suicidversuchs durch:

	männlich	weiblich	gesamt
Schußverletzungen	8	2	10
Leuchtgas	4	5	9
Sublimat	2	1	3
Oeffnen der Pulsadern	2	—	2
Veronal	—	2	2
Erhängen	1	1	2
Mercuricyanid	1	—	1
Luminal	1	—	1
Sprung aus dem Fenster	1		1
Natronlauge	—	1	1
Salzsäure	—	1	1
Strychnin	—	1	1
Rattengift	—	1	1
Lysol	—	1	1
Ertrinken	—	1	1
An unbekannt. Vergiftungen	2	—	2

Daß die hereditäre Veranlagung zum Begehen eines Suicides eine Rolle spielt, war allen Beobachtern, die sich mit derartigen Erwägungen beschäftigt haben, aufgefallen. Um so bemerkenswerter ist das Resultat, das wir erhalten, wenn wir die Angaben der Patienten über diese Frage einer Durchsicht unterziehen. Im ganzen lagen Angaben über die Heredität in 346 Fällen = 62 % der Gesamtzahl vor, davon bei Männern in 162 Fällen = 63 %, bei Frauen in 184 Fällen = 62 %. Die genauen Angaben gibt die folgende Tabelle.

Tabelle 13.

	männlich	weiblich	gesamt
Beide Eltern waren gesund ..	120 = 74,1 %	146 = 79,4 %	266 = 76,9 %
Ein Elternteil war nerven- oder geisteskrank	16 = 9,9 %	17 = 9,2 %	33 = 9,5 %
Ein Elternteil Trinker	13 = 8,0 %	8 = 4,3 %	21 = 6,1 %
Ein Elternteil verübte Suicid ..	5 = 3,1 %	11 = 6,1 %	16 = 4,6 %
Ein Elternteil litt an Tabes oder Paralyse	4 = 2,5 %	1 = 0,5 %	5 = 1,4 %
Beide Eltern Nerven- od. Geisteskranke	2 = 1,2 %	1 = 0,5 %	3 = 0,9 %
Beide Eltern Trinker	2 = 1,2 %	——	2 = 0,6 %

Als Wesentlichstes geht aus der vorstehenden Tabelle hervor, daß in etwa 75 % unserer Fälle, in denen wir über die Ascendenz der Patienten unterrichtet waren, keine Belastung der Patienten vorlag. Die restlichen 25 % verteilten sich vorwiegend auf die Fälle, in denen ein Elternteil oder beide nerven- oder geisteskrank, oder Alkoholiker waren. Auffällig ist die hohe Zahl der Frauen, bei denen ein Elternteil Suicidversuche verübt hatte. Möglicherweise kam zu den übrigen Ursachen, die zu einem Suicid führten, noch der Trieb zur Nachahmung einer elterlichen Handlung in Frage.

Dies führt uns zu der Frage der Begründung des Selbstmordes. Eine sichere Antwort läßt sich deshalb nicht geben, weil diejenigen, die erfolgreich Selbstmord begehen, die Umwelt über ihre Gründe zu dieser Tat meist im unklaren lassen. Eine andere große Zahl von Patienten scheut sich, davon zu sprechen, was sie zu ihrer Tat veranlaßt hat. Auch die Angehörigen machen nur selten Angaben, aus denen sich die Gründe erschließen lassen. Soweit von unseren Patienten die Gründe angegeben wurden, ließ sich folgendes feststellen:

Tabelle 14.

	männlich	weiblich	gesamt
Angabe von Gründen	95 = 36,68 %	82 = 27,42 %	177 = 31,72 %
Vorkommnisse in der Familie ..	36 = 37,8 %	55 = 67,0 %	91 = 51,4 %
Materielle Not u. Arbeitslosigkeit	30 = 31,6 %	8 = 9,8 %	38 = 21,5 %
Unglückliche Liebe	10 = 10,5 %	9 = 11,0 %	19 = 10,7 %
Physisiche Leiden	7 = 7,4 %	5 = 6,1 %	12 = 6,8 %
Lebensüberdruß	8 = 8,4 %	3 = 3,7 %	11 = 6,4 %
Angst v. Geschlechtskrankheiten	2 = 2,1 %	1 = 1,2 %	3 = 1,6 %
Angst vor Strafe	1 = 1,1 %	1 = 1,2 %	2 = 1,1 %
Angst vor Examen	1 = 1,1 %	——	1 = 0,5 %

Wir sehen, daß in der überwiegenden Anzahl der Fälle Vorkommnisse in der Familie als Grund für den Suicid angegeben werden, deren Natur so mannigfach sein kann, daß es schwer ist, aus diesen Angaben weitgehende Schlüsse zu ziehen. Es kann sich hierbei ebenso um geringfügige Dinge, wie um sehr schwerwiegende Zerwürfnisse handeln. Ein Teil der Fälle ist wohl noch zu der folgenden Gruppe zu rechnen, nämlich zu der Gruppe derjenigen, die aus wirtschaftlicher Not Suicid begingen. Inner-

halb der beiden Kategorien ist die Verteilung auf die beiden Geschlechter gegensätzlich. Selbstmordversuche aus familiären Gründen sind beim weiblichen Geschlecht viel häufiger, umgekehrt spielt die wirtschaftliche Not bei den Männern eine erheblich größere Rolle. Hier möchte ich nochmals auf die Tabelle 13 verweisen, die die Belastung der Frauen bei Suiciden der Eltern zeigt. Dabei fiel uns der Trieb zur Nachahmung auf, der wohl nicht nur in diesen Fällen eine Rolle spielt.

Zur Ergänzung der obigen Tabelle sind noch einige weitere Mitteilungen zu machen. Die in der Rubrik „Angst vor Geschlechtskrankheiten" genannten drei Fälle betrafen zwei junge Männer und eine ältere Frau. Die jungen Männer glaubten an Gonorrhoe erkrankt zu sein, während nur einer von ihnen daran erkrankt war. Die Wassermannsche Reaktion war in beiden Fällen negativ. Die ältere Frau glaubte an einer Späterscheinung der Lues zu leiden, bot aber bei ihrem Aufenthalt im Rudolf-Virchow-Krankenhaus keine Anhaltspunkte für eine luische Erkrankung.

Die Rubrik „Angst vor Strafe" betrifft zwei Patienten, einen Mann und eine Frau mittleren Alters, die wegen eines Vergehens gerichtliche Bestrafung zu gewärtigen hatten.

Die Rubrik „Angst vor Examen" betrifft einen Handwerkslehrling, der vor der Gesellenprüfung stand.

Für die Wertung der Gründe ist weiter noch wichtig, inwieweit die Suicide im Affekt oder nach längerer Ueberlegung ausgeführt wurden. Dabei ist wieder das Alter zu berücksichtigen.

Tabelle 15.

	15.—30. Jahr	31.—45. Jahr	über 45 Jahre
		männlich	
Suicid im Affekt	63 = 46,3 %	31 = 39,2 %	16 = 29,6 %
Suicid nach Ueberlegung ..	26 = 19,1 %	23 = 29,1 %	17 = 31,5 %
Unbekannt	47 = 34,6 %	25 = 31,7 %	21 = 38,9 %
		weiblich	
Suicid im Affekt	54 = 35,5 %	36 = 34,0 %	8 = 20,0 %
Suicid nach Ueberlegung ..	17 = 11,2 %	16 = 15,1 %	15 = 37,5 %
Unbekannt	81 = 53,3 %	54 = 50,9 %	17 = 42,5 %

Diese Tabelle zeigt, daß hier eine völlig parallele Bewegung der bei beiden Geschlechtern gefundenen Zahlen vorhanden ist. Die jüngeren Altersstufen neigen mehr zum Suicid im Affekt, die älteren mehr zum Suicid nach längerer Ueberlegung. Um so erstaunlicher ist die Tatsache, daß bei Männern mittleren Lebensalters die Suicidversuche im Alkoholrausch die höchste Zahl erreichen. Bei Männern zwischen 15 und 30 Jahren finden wir den Suicidversuch im Rausch in 15 Fällen, d. h. 11,0 %, zwischen 31 und 35 Jahren in 19 Fällen, d. h. 24,1 %, über 45 Jahre in vier Fällen, d. h. 7,4 % der Fälle. Trotzdem sehen wir, daß die Suicide im Affekt in der mittleren Altersklasse ziemlich gesunken sind. Wir werden also nicht fehlgehen, wenn wir die Abnahme der Suicide im Affekt für noch erheblicher halten, als die Zahlen dar-

stellen. Denn in den meisten Fällen führte die nach dem Genuß von Alkohol gehobene Stimmung leichter zu dem Entschluß, Selbstmord zu begehen.

Bei den Frauen spielt der Genuß alkoholischer Getränke eine nur untergeordnete Rolle. Dafür sind aber die Vorgänge wie Menstruation, Gravidität und Klimakterium für eine veränderte affektive Einstellung verantwortlich zu machen, die den Entschluß zum Suicid erleichtert. In 24 Fällen haben sich die Frauen, die nach einem Suicidversuche in das R.V.K. eingeliefert wurden, in einem dieser Zustände befunden. Die Zahl, die etwa 10 % der Gesamtzahl ausmacht, darf wohl mit Recht als zu gering betrachtet werden. Denn die Patientinnen konnten oft gar keine oder nur ungenaue Angaben infolge von Unbesinnlichkeit machen.

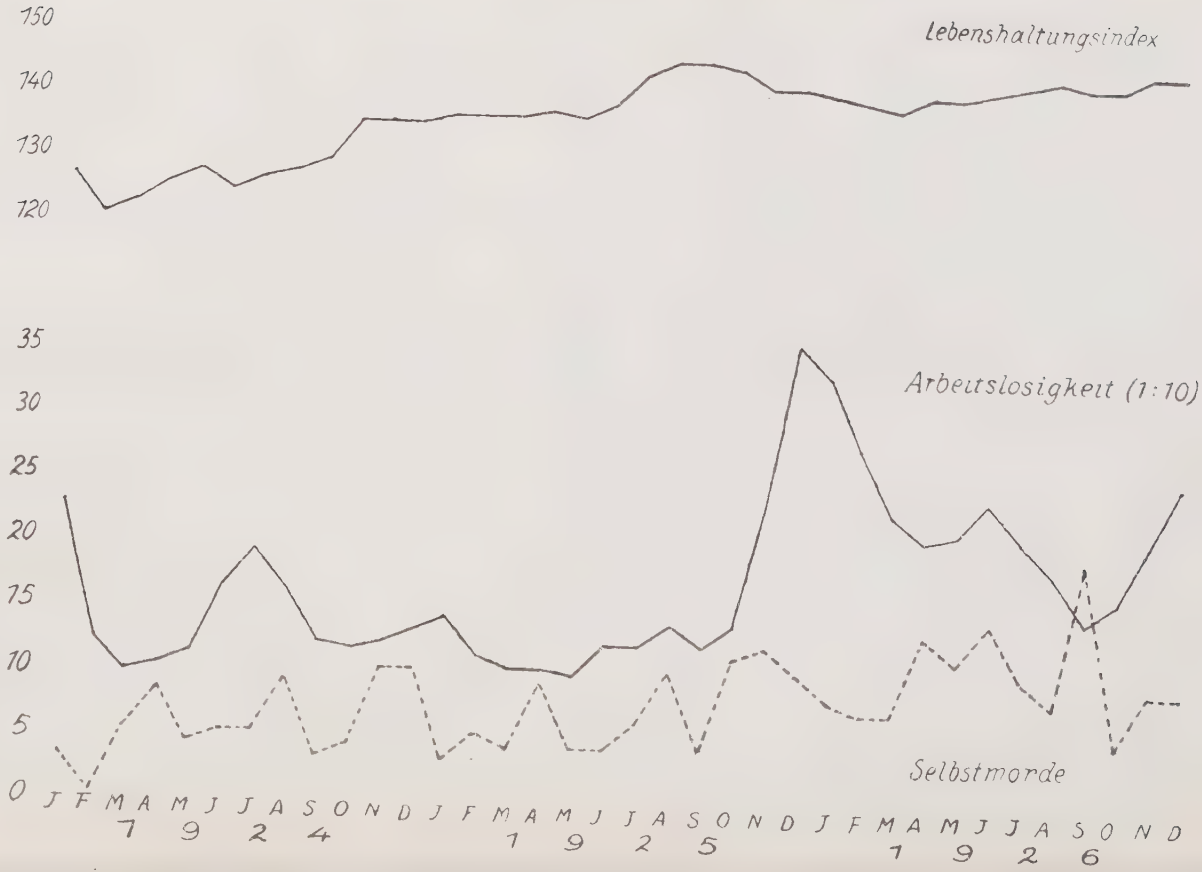
Im ganzen parallel mit der Altersverschiebung der Suicide im Affekt und nach Ueberlegung geht auch die Wertigkeit der Veranlassungen, die bei jüngeren Individuen mehr geringfügig, bei den älteren aber ernstere und mehr dauernd wirkende sind.

Die vorhandenen Mortalitätsstatistiken zeigen, daß die größte Zahl der Suicide im Frühjahr und Spätsommer begangen werden. Bei den in das Rudolf-Virchow-Krankenhaus eingelieferten Selbstmördern lag im Gegensatz hierzu in den Jahren 1924 und 1925 eine deutliche Bevorzugung der Wintermonate vor, wie die folgende Tabelle zeigt.

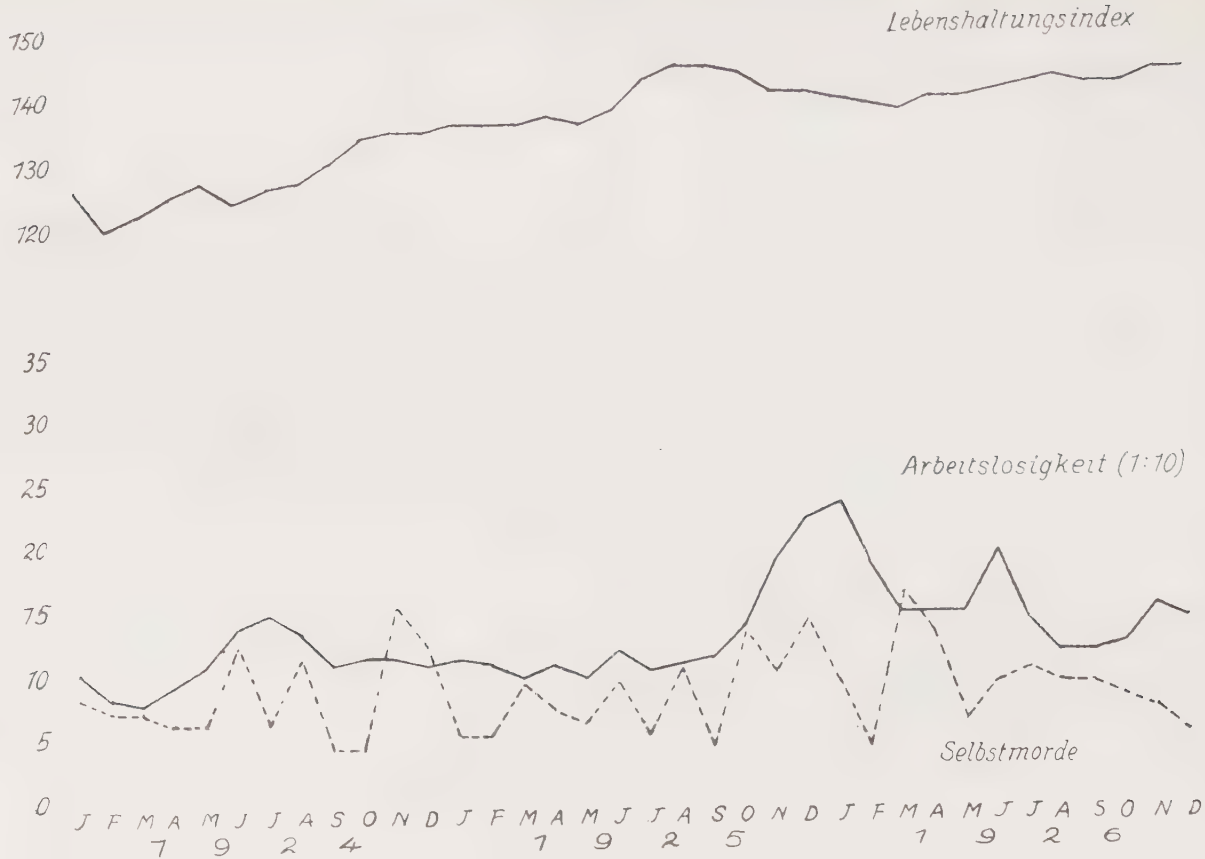
Tabelle 16.

Suicidversuche im:	männlich	weiblich	gesamt
Januar 1924	3	8	11
Februar	—	7	7
März	5	7	12
April	8	6	14
Mai	4	6	10
Juni	5	12	17
Juli	5	6	11
August	9	11	20
September	3	4	7
Oktober	4	4	8
November	10	15	25
Dezember	10	12	22
Januar 1925	3	5	8
Februar	5	5	10
März	4	9	13
April	9	7	16
Mai	4	6	10
Juni	4	9	13
Juli	6	5	11
August	10	10	20
September	4	4	8
Oktober	11	13	24
November	12	10	22
Dezember	10	14	24

Monatsverteilung der Selbstmorde (Männer)



Monatsverteilung der Selbstmorde (Frauen)



Suicidversuche im:	männlich	weiblich	gesamt
Januar 1926	8	9	17
Februar	7	4	11
März	7	16	23
April	13	13	26
Mai	11	6	17
Juni	14	9	23
Juli	10	10	20
August	8	9	17
September	19	9	28
Oktober	5	8	13
November	9	7	16
Dezember	9	5	14

Worin haben wir nun das Abweichen unserer Zahlen von dem gewöhnlichen Verhalten begründet zu sehen?

Betrachtet man die beiliegenden Kurven, die die obigen Zahlen graphisch dargestellt enthalten, und die im Vergleich dazu die Kurve des Reichs-Lebenshaltungsindex sowie die Kurve der Arbeitslosigkeit, gemessen an dem Angebot von Arbeitskräften auf 10 neue, freie Stellen, zeigen, so sieht man, daß der Verlauf dieser drei Kurven einander in großen Zügen parallel ist. (Die oberste dargestellte Kurve gibt die Schwankungen des Lebenshaltungsindex, die mittlere die Werte der Arbeitslosigkeit, die unterste, gestrichelte die Zahl der Suicidversuche in dem betreffenden Monat an.) Als Erstes bei der Vergleichung der Kurven der beiden Geschlechter fällt auf, wie viel mehr die männliche Selbstmordkurve auf Schwankungen, insbesondere Verschlechterungen des Arbeitsmarktes reagiert, als die der Frauen. Es stimmt dies völlig mit dem von uns aus der Tabelle 14 gewonnenen Resultat überein, daß Frauen in viel geringerem Prozentsatz aus Gründen materieller Not oder aus Arbeitslosigkeit einen Suicid verüben als Männer. Aber dessenungeachtet ist die Steigerung der Lebenshaltungskosten und die der Arbeitslosigkeit auch bei den Frauen mit einer Steigerung der Selbstmordhäufigkeit verbunden. Zum Teil sind auch deutlich Zäsuren in der Selbstmordkurve dort erkennbar, wo eine starke Senkung der Arbeitslosigkeit, des Index oder beider vorhanden ist. Daß die Kurven nicht in allen Teilen einander im Verlauf entsprechen, liegt wohl daran, daß sich eine fortschreitende Teuerung oder ein erhöhter Arbeitsmangel erst dann in ganzem Umfange auswirkt, wenn die Subsistenzmittel der Betroffenen aufgezehrt oder so zusammengeschmolzen sind, daß in nächster Zeit erhebliche materielle Bedrängnis eintreten würde.

Aus den oben mitgeteilten Tatsachen ergibt sich, daß die Selbstmordziffer in ihrer Bewegung auch von wirtschaftlichen Motiven abhängig ist.

Welche Rolle die psychische Einstellung des Selbstmörders spielt, die zur Auslösung der Tat führt, läßt sich im einzelnen Falle nicht mit Sicherheit entscheiden.

Aus der Angabe der Gründe, aus der relativ seltenen heredi-tären Belastung, aus der Parallelität der Kurve der Selbstmorde

mit der des Lebenshaltungsindex und der der Arbeitslosigkeit ist, soweit unsere Fälle in Frage kommen, zu folgern, daß exogene Momente bei der Auslösung des Suicides von maßgebender Bedeutung sind.

Aber die Tatsache, daß nur ein Teil der Menschen, die schwere Familiensorgen haben, die arbeitslos sind, die physische Leiden haben, zum Suicid greifen, ist wohl in dem verschiedenen psychischen Verhalten der Einzelnen begründet.

Alle die Fälle, in denen der Selbsterhaltungstrieb so schwach wird, daß ein Suicid möglich ist, liegen wohl zweifellos an der Grenze des psychisch Normalen und Pathologischen. Eine absolute Trennung zwischen psychisch normalem und pathologischem Verhalten wird sich ja nie mit Sicherheit erzielen lassen. Wir müssen mit fließenden Uebergängen rechnen, und es ist durchaus zu verstehen, daß bei der verschiedenen Widerstandskraft der Psyche der eine Schicksalsschläge, Enttäuschungen, Verlust seiner Existenz ruhiger erträgt als ein anderer.

Durch dieses Verhalten erklärt es sich auch, daß unheilbare Krankheiten u. a. m. bei einem Teil der Menschen zu einem selbstgewählten, vorzeitigen Ende führen, während andere mit Ergebenheit das ihnen auferlegte Schicksal bis zum natürlichen Tode tragen.

Jedenfalls ist aber die psychische Veranlagung und Einstellung des Einzelnen von maßgebender Bedeutung für die Auslösung des Entschlusses zum Selbstmorde.

Literaturnachweis.

Kraepelin, Psychiatrie, Bd. 1, 1909.

Karl Freudenberg, Die Selbstmorde in Deutschland nach dem Kriege. Kli-Wo, Jg. 5, H. 1.

N. Broukhanski, Le Suicide et la personnalité des Suicidés, Ann. de méd. lég. VI, Nr. 2.

Gaupp, Ueber den Selbstmord, München 1910.

A. Heller, Zur Lehre vom Selbstmorde, nach 300 Sektionen. M. m. W. 1900.

Die statistischen Veröffentlichungen des Reiches, des Freistaats Preußen, der Stadt Berlin, die die Zeitspanne betreffen.

Francesco Leoncini, Considerazioni sopra alcuni dati statistici sul suicidio.

Irmgard Müller, Leuchtgasvergiftungen im Kriege. Viertelj. Schr. f. ger. Med. u. öffentl. Sanitätswesen. 3. Folge, Bd. 61, H. 1.

Grothjahn, Sociale Pathologie, Berlin 1915.

Szittya, Der Selbstmord.

Lebenslauf.

Ich, Eugen Ludwig Loewe, wurde am 15. Juni 1903 als Sohn des Kaufmanns Alfred Loewe zu Berlin geboren.

Das Askanische Gymnasium zu Berlin besuchte ich von Oktober 1909 an und bestand daselbst die Reifeprüfung im September 1921.

Vom Wintersemester 1921/22 an widmete ich mich dem Studium der Medizin an den Universitäten Berlin, Freiburg i. B. und Genf und bestand die ärztliche Vorprüfung in Berlin im Februar 1924, die ärztliche Staatsprüfung im Dezember 1926.

Zur Zeit bin ich als Medizinalpraktikant an der 1. inneren Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin beschäftigt.

Hermann F. Lehmann, Berlin S 59.